





STARFRÆNT GREININGARTEYMI FYRIR FÓLK MEÐ
SAMÞÆTTA SJÓN- OG HEYRNARSKERÐINGU

-  Þjónustu- og þekkingarmiðstöð fyrir blinda, sjónskerta og daufblinda
-  Samskiptamiðstöð fyrir heyrnarlausra og heyrnarskertra
-  Greiningar- og ráðgjafastöð ríkisins
-  Heyrnar- og talmeinafstöð Íslands

**Tilvísun til starfræns greiningarteymis varðandi samþætta sjón- og heyrnar-
skerðingu**

BEIÐNI

Tilvísunaraðili: _____

Nafn einstaklings: _____

Er leyfi frá forráðamanni til staðar? Já Nei Þarf ekki

Upplýsingar um tilvísunaraðila/einstakling:





Tengsl tilvísanda við einstaklinginn: _____

Sími: _____ Netfang: _____

Dagsetning og staður

Undirskrift tilvísanda
(einstaklings, foreldris, þriðja aðila)

STARFRÆNT GREININGARTEYMI FYRIR FÓLK MEÐ
SAMÞÆTTA SJÓN- OG HEYRNARSKERÐINGU

-  Þjónustu- og þekkingarmiðstöð fyrir blinda, sjónskerta og daufblinda
-  Samskiptamiðstöð fyrir heyrnarlausra og heyrnarkertra
-  Greiningar- og ráðgjafastöð ríkisins
-  Heyrnar- og talmeinaástoð Íslands

**Tilvísun til starfræns greiningarteymis varðandi samþætta sjón- og heyrnar-
skerðingu**

LEYFI

Ég samþykki hér með að starfræn greining sé gerð fyrir:

Fullt nafn einstaklings: _____





Kennitala einstaklings: _____

Athugasemdir, ef við á:

Dagsetning og staður

Undirskrift tilvísinda
(einstaklings, foreldris, þriðja aðila)

STARFRÆNT GREININGARTEYMI FYRIR FÓLK MEÐ
SAMÞÆTTA SJÓN- OG HEYRNARSKERÐINGU

-  Þjónustu- og þekkingarmiðstöð fyrir blinda, sjónskerta og daufblinda
-  Samskiptamiðstöð fyrir heyrnarlausra og heyrnarskertra
-  Greiningar- og ráðgjafastöð ríkisins
-  Heyrnar- og talmeinafstöð Íslands

**Tilvísun til starfræns greiningarteymis varðandi samþætta sjón- og heyrnar-
skerðingu**

UPPLÝST SAMÞYKKI

Ég undirrituð/undirritaður veiti greiningarteyminu heimild til þess:

- að afla og varðveita nauðsynleg gögn frá öðrum þjónustuaðilum s.s. heilsugæslu, félagsþjónustu/þjónustumiðstöðvum, skóla/skólaskrifstofu og/eða öðrum sérfræðingum vegna fyrirhugaðrar greiningar eins og nauðsynlegt þykir;
- að fara á vinnustað, skóla, heimili, frístund o.s.frv. þar sem við á;
- að miðla upplýsingunum vegna ráðgjafar til annarra þjónustustofnana;
- afrit af niðurstöðum er sent til aðila sem leyfi hefur fengist fyrir:

Fullt nafn einstaklings: _____

Kennitala einstaklings: _____

Athugasemdir, ef við á: _____

Dagsetning og staður

Undirskrift tilvísinda
(einstaklings, foreldris, þriðja aðila)